

共済新報

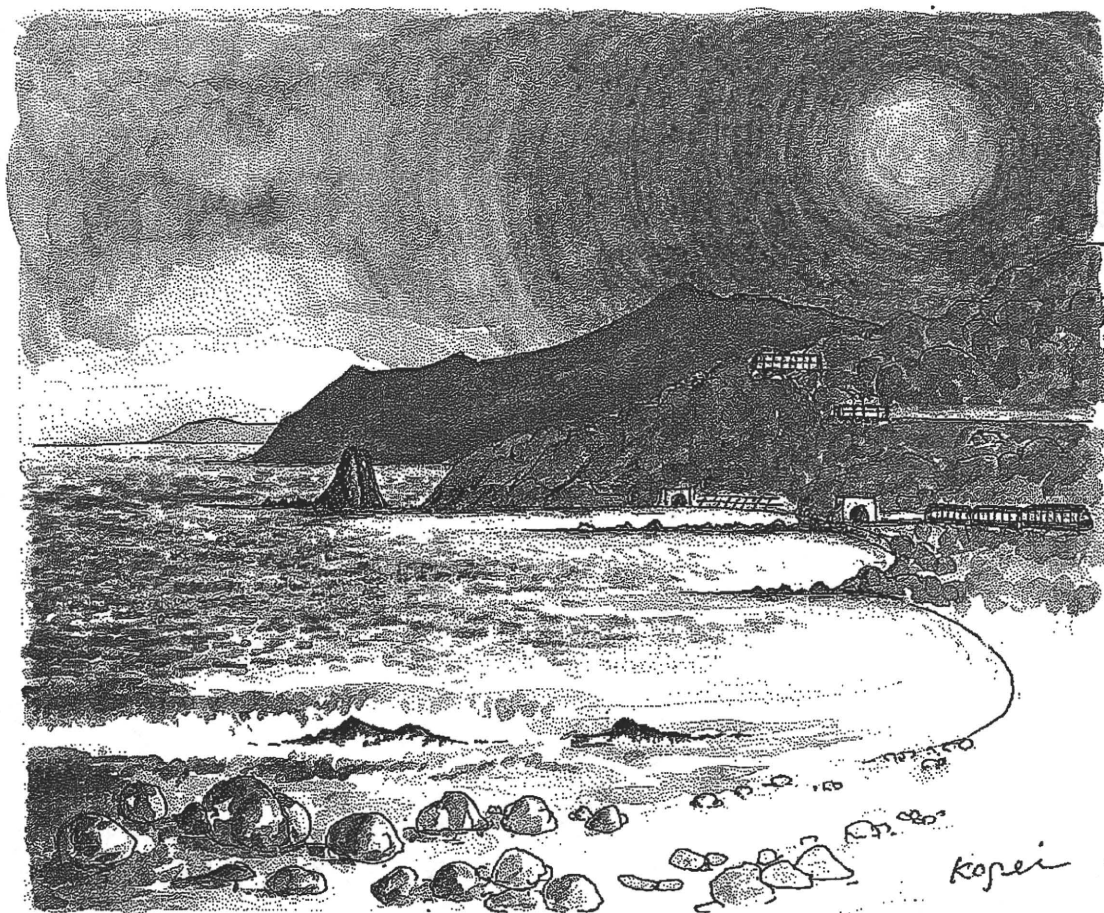
「子ども手当」を考える(3)

—— 特定健診・保健指導の評価が始まった(その1)

—— 国共済法施行規則の一部を改正する省令(臓器提供意思表示関係)について——

—— 平成22年度 診療報酬改定の概要について(上)

平成二十二年六月二十日印刷 平成二十二年六月二十五日発行 第五十二巻 第六号
昭和三十三年五月二十日 第三種郵便物認可(毎月一回二十五日発行)

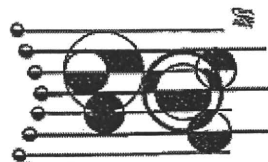


2010

6

共済組合連盟

- 87年)20頁。
- 20 平成21年度における高等学校の生徒数(定時制を含む)(平成21年度学校基本調査)。
- 21 厚生労働省「2008・2009年 海外情報報告 付録4」⑤「各国の賃金の年齢・性別間格差」をみると、男性の場合、20・24歳の賃金を100とする、日本は50・54歳が206・3で最も高いのに対し、アメリカは45・54歳が196・3と最も高く、イギリスでは40・49歳が157・1と最も低くなっている。ただし、アメリカやイギリスの場合、それが経験の結果なのか、同一企業内での昇給の結果なのかは不明である。
- 22 厚生労働省「平成21年版労働経済白書」189-191頁。
- 23 2008年の平均初婚年齢は夫30・2歳、妻28・5歳となっており、父母が結婚生活に入ってから1年未満で第1子を産む割合は36・4%、1・2年未満で産む割合は28・5%で、6割以上が2年以内に第1子を産んでいる(国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集2010年版」)。
- 24 江口隆裕「愛読する世界と日本の年金・年金の基本原則から考える」(法伴文化社、2008年)76-77頁。



特定健診・保健指導の評価が始まった(その1)

東京大学医学部附属病院／ヘルスケア・コミッティ株式会社代表取締役

古井 祐司

1 特定健診・保健指導は、 保健事業としての効果があったか

この答えは、「被保険者の健康状況に対応した保健事業を組み合わせて実施すれば効果はあった」となります。具体的には後述します。

健康づくりや疾病予防は短期で効果が出にくいとされていますが、最近の経済状況および医療保険の制約動向を背景に、保健事業に効果検証が求められることは想像に難くありません。

今回の特定健診・保健指導はまだ病気ではなく医療費が発生していない被保険者が対象であるため、医療費削減にまつて費用対効果は短期的には算出できません。しかしながら、体重、腰圍、脂質、血圧、血糖といった検査結果による改善効果を客観的に示すことが可能です。

A健康保険組合では保健事業に取り組んだ結果、メタボリック・シンドローム(以下、「メタボ」)である被保険者の割合が2008年度から2009年度で8%減少しました(特定健診を2008年度、2009年度の2か年ともに受診した被保険者13,281名の分析結果)。これは、「2012年度にメタボ10%減少」という国の目標に近づくものです。なぜこのような成果があつたのでしょうか。

A健康組合では階層化の結果、特定健診指導の対象者は被保険者の27%でしたが、種々の取り組みにより特定健診指導の実施割合を34%(プログラム途中の者は除く)に高めたとことが効果を高めた一因となっています。また、特定健診指導のプログラム受講者のうち33%は健康状況が改善してメタボではなくなりました。

その一方で、2008年度に情報提供許(服薬者は除く)であった被保険者のうち、保健事業を何もしなかった層からは一年後に9%がメタボになっていたのです。情報

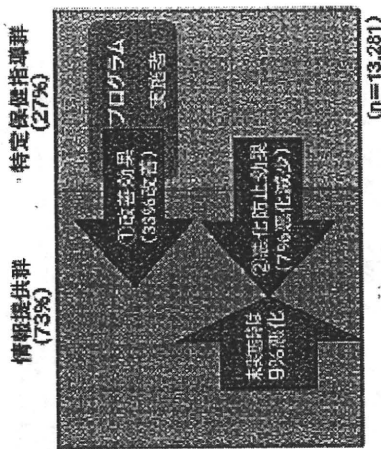


図1 保健事業によるメタボ減少効果
①特定保健指導群での改善効果と②情報提供群での悪化防止効果が合わさって、メタボリックシンドロームが8%減少しました。(2008/2009年度の特定健診データ比較より)

提供群は人数が多いため、そこからメタボへ悪化した人数が、特定保健指導による改善効果を上回ってしまうことが保険者の多くで懸念していますが、A健保組合ではそうはさせませんでした。A健保組合は、情報提供群に対しても保健事業を実施したのです。その結果、保健事業を実施した被保険者からのメタボへの悪化率は、やらなかった層よりも7%減っていました(図1)。

以上より、メタボが8%減少したことには、①特定保健指導群での改善効果と、②情報提供群でのメタボへの悪化防止効果、の双方が寄与していることがわかりました。このように、事業効果をあげるためには、一部のリスク者だけに介入するのではなく、被保険者全体に網をかけることが不可欠であることが示されました。

今回、A健保組合では情報提供群に対して、専門職の面談という形で保健事業を実施しましたが、効果面を鑑みるとITや電子媒体による情報提供プログラム(厚生労働省「特定版P88参照」)が現実的と考えられます(図2)。情報提供プログラムは、健診結果に基づき被保険者個々に病気のリスクや数年間の健康状況の変化を示し、健康改善に資する食生活や運動、服薬(受診)方法など、そのひとつに合った情報を伝えるものです。なお、情報提供プログラムには意識・行動変容効果があることがわかりましたので、その検証結果は次号で報告します。

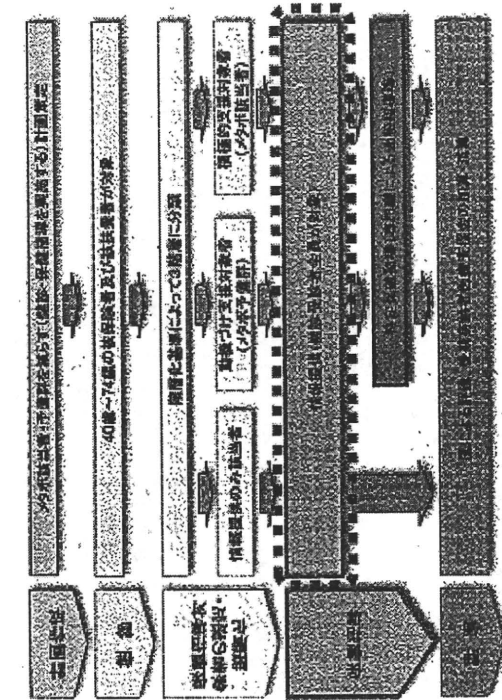


図2 特定健診制度における情報提供プログラムの位置づけ(厚生労働省指定区画に基づく作成)
特定健診を実施した被保険者全員には、保険者から情報提供を実施することが規定されています。

このように、特定健診制度の導入で、健診や保健指導のデータを経年で蓄積・分析することによって、保健事業の効果が見えるようになったのです。たとえば、取り組み前は消極的であった産業界さんから、「保健指導は効果がでる。どんどん進めていこう」という一言が出たことにより、事業所や共済組合などの関係者が保健事業を推進しやすくなった、という言葉を最近よく聞かれます。これは事業効果の可視化によるところが大きいと思います。

2 効果をあげる二つのポイント

さて、はじめの考えに戻りますが、効果があがったポイントは二つありました。

ひとつは、「当該保険者が、被保険者の健康状況に合わせて保健事業を組み立てられているか」です。

B共済組合が全国支部の職員を集めて開催した3月の研修会では、「健康分布」を軸に、QIPPO(厚生労働科学研究で採用、図中に説明)を活用して全国の健保組合・共済組合の被保険者との比較をしました。「健康分布」は特定健診データに基づき、被保険者の健康状況を可視化するものです。図3をみると、B共済組合では肥満がかつ心筋梗塞・脳梗塞など冠動脈系のリスクがあるひと(また患者ではない低リスク者)が13%と全国よりも多く、いわゆるメ

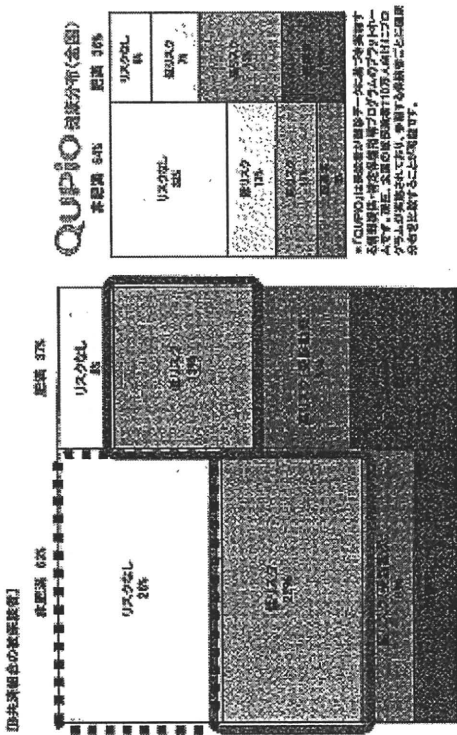


図3 日本健康保険会社の被保険者の危険分布(全国)との比較
日本健康保険会社の被保険者は被保険者の危険分布(全国)よりも、高リスク者が多く、低リスク者が少ない(中世)のリスク分布が多いことがわかります。

対策が重要です。さらに、非肥満でリスクがないひとの割合が26%と全国の32%に比べて低く、その結果、非肥満の低リスク者が22%と多くなっています。したがって、やせのリスク対策が求められます。「3」で述べますが、やせのひとは肥満者に比較して、まだリスクが小さくても、心筋梗塞などが発症する場合があります、対策すべきではないことがわかっています。

以上より、日本共済組合の保健事業としては、①健康結果に基づき被保険者全員へ勧誘づけをして意識を高めたいうえで、②リスクの高いメタボ者には専門的な指導を行う、という組み合わせが基本セットになります。

①はメタボ以外のひとを含めてできるだけ多くの被保険者を今の健康状況から悪化させず、またメタボのひとには悪化をあげて特定保健指導プログラムへの参加を進めることが狙いです。②は専門職を活用して健康状況を改善させ、卒業後被保険者が自己管理できる状況をつくってあげることです。

もうひとつのポイントは、被保険者が「実行する」ことにあります。

2008、2009年度はデータが未整備であったり、事業のやり方がよくわからない、本当に効果が出るのか不安、といったことで実施を見合わせていた被保険者は少なくないようです。ようやくデータが整って被保険者の健康

状況を把握できますので限られた予算・資源をうまく配分することで、効果ががりやすい事業の組み立てが可能なのです。

先日、健康運動実践者会合のウォーキング事業に参加させていただきましたが、各健保組合の職員の方々がスタート場にテントを張って参加者を迎える姿は生きいきしたものでした。当事業はこの四年間、参加者は毎年増え続け、今年では7千人を超える方が参加しました。たしかに時間はかかると思いますが、健保組合の「実行力」が被保険者および家族の意識に確実に良い影響を与えていると感心しました。

3 高額医療費の発生を防止する 取り組みが可能になる

心筋梗塞や脳梗塞といった重症疾患の発症は、高額医療費の発生という視点で医療保険者に大きなインパクトがあります。被保険者数が1万人超のC健保組合では、年間20〜30名の重症疾患の発症がありますが、その発症者が一年前にどのような健康状況であったか、という分析は保健事業を組み立てる上で重要ですが、

「心筋梗塞で倒れたPさん、いつも元気そうだったのに、ひとはわからないものだね」という話を聞いたことがあり

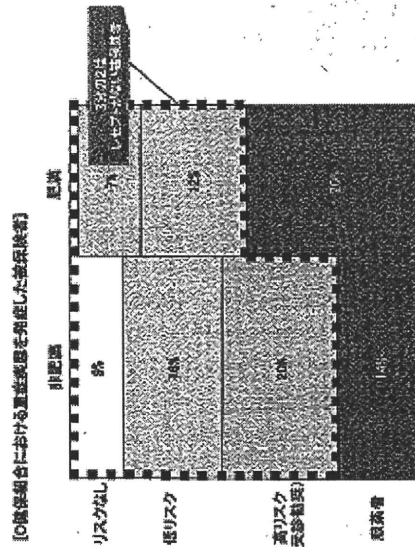


図4 心筋梗塞などの重症疾患を発症した健保組合の一半年間の健康状況
C健保組合で重症疾患を発症した被保険者の1半年以上は一年間には既にリスクを察知していた。また、発症した3分の2はレベル1以上の被保険者です。したがって、発症者一列に基づき被保険者全体に保健事業の働きかけを行うことは重要ですが、

ますが、果たしてそうなのでしょうか。C健康組合のデータで検証したところ、発症者のうち一年前には大抵でもないし、リスクもまったくなかった被保険者は9%にすぎないことがわかりました(図4)。要は、「9割以上のひとは既に何らかのリスクを背っていたけれど、本人も周囲もそれほど気にしていない、あるいは認識していなかった」ということのようなのです。

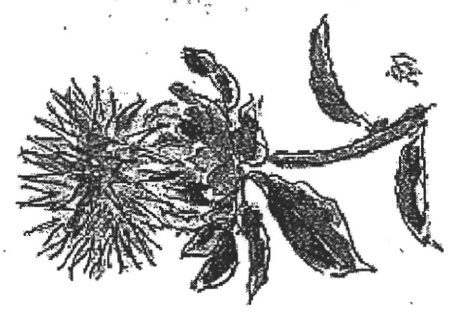
また、発症者の3分の2は生活習慣病でのレセプトは存在していない状況であることから、①リスク者の多くは健診データの経年推移をみないと捕捉できないこと、②被保険者全員に対して情報提供プログラムによる動機づけが必要なこと、が改めてわかると思います。

当大学院22世紀医療センター内の会議でも、最近の重症化率の増加傾向に関して指摘がありました。その中でも、たとえば血糖値が高い方が合併症で心筋梗塞を発症するなど、既にリスクが出始めている方がリスクを重ねたり、重症化するケースが増えていることに対する危機感が共有されました。特定健診制度下での上記データ分析結果からもこの傾向が示されており、保健事業の組み立てに一刻も早く反映させる必要があると感じています。

次号では、健康組合・共済組合の事例に基づき効果をおぼせた保健事業の内容・手法と、今後の保健事業の方向性

(ポスト特定健診制度) をご紹介したいと思います。

なお、本論は厚生労働科学研究費助成事業「生活習慣病対策総合研究事業「個人特性に応じた効果的な行動変容を促す手法に関する研究」」の成果を一部活用しています。



国家公務員共済組合法施行規則の一部を改正する省令 (臓器提供意思表示関係) について

塩原 努

去る平成21年通常国会(第171回国会)において、臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律(平成21年法律第83号、以下「改正法」といいます)が成立しました。

臓器の移植に関する法律(平成9年法律第104号、以下「臓器移植法」といいます)は平成9年に制定・施行され、同法附則第2条第1項の規定により、施行後3年を目途として見直すこととされていましたが、実際には今回の改正までに10年以上を要したことになります。

第171回国通常国会においては、各党議員から数種類の改正案(いわゆるA案・B案等)が提出されましたが、衆参両院とも、厚生労働委員会での審議を済ませた後に、同委員会においては1案への絞り込みを行わず(採決を省略し)、本会議において各案それぞれについて採決する(議員個人の倫理観にかかわるものとして、共產党を除く各党が専断拘束をはずして採決)という異例の審議過程を経て成立し、平成22年7月17日に施行することとされました。

臓器提供の現状については、臓器提供意思表示カードの普及・促進活動等を行っている(社)日本臓器移植ネットワークによれば、日本で臓器の提供を待っている患者数が現在約1万2千人に達しているのに対し、臓器提供数自体が少ないため、移植手術を受けられるのは年間約2百人に過ぎない、という状況にあります。

このように移植医療が停滞している現状を踏まえ、改正後の臓器移植法において、臓器提供の意思の有無を医療保険の被保険者証に記載することができるようになる等、国が移植医療に関する啓発及び知識の普及に必要な施策を講ずるものとする、との規定が盛り込まれたところです。

この臓器移植法の改正の趣旨を踏まえ、国共済制度における取り組みとして、組合員証等の様式上に臓器提供意思表示欄を新設することとしました。(民間被用者の医療保険制度である健康保険制度の被保険者証等についても同様の改正が行われております)

2010

No.191

10
Oct.

医療経済研究機構レター

INSTITUTE FOR HEALTH ECONOMICS AND POLICY

●特別寄稿

特定健診制度(その1)~予防施策の一丁目一番地としての検証

古井 祐司氏
東京大学医学部附属病院
ヘルスケア・コミッティー株式会社

●厚生労働省インタビュー

新成長戦略における「健康大戦略」について(2)

伊藤 洋平氏
社会保障担当参事官室 室長補佐
中山 智紀氏
医薬食品局 審査管理課 課長補佐
石川 義浩氏
大臣官房 国際課 課長補佐
(前 医政局 医事課 課長補佐)
江原 輝喜氏
保険局 医療課 課長補佐
(前 医薬食品局 審査管理課 医療機器審査管理室 室長補佐)
後澤 乃扶子氏
医政局 研究開発振興課 治験推進室 治験推進指導官
尾崎 守正氏
保険局 総務課 課長補佐
(前 保険局 医療課 課長補佐)

●研究会Review

(No.543)

BRICs諸国の医療・薬価制度の概要とその最新動向
~ロシア・中国・インドを中心に~

松原 喜代吉氏
オフィス・メディサーチ代表
中小企業診断士

●レポート

問題設定の難しさ

印南 一路
医療経済研究機構 研究部長
(慶應義塾大学総合政策学部教授)

●新興国紹介レポート

ロシア連邦の医療(3)

岡部 陽二
医療経済研究機構 専務理事



発行:医療経済研究機構

財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会

特別寄稿

Monthly IHEP No.191 CONTENTS

特別寄稿 1

特定健診制度 (その1) ~予防施策の一丁目1番地としての検証
東京大学医学部附属病院
ヘルスケア・コミッティ株式会社 古井 祐司氏 6

厚生労働省インタビュ 6

新成長戦略における「健康大国戦略」について (2)
社会保障担当参事官室 室長補佐 伊藤 洋平氏
医薬食品局 審査管理課 課長補佐 中山 智紀氏
大臣官房 国際課 課長補佐 石川 義浩氏
(前) 医政局 医事課 課長補佐
保険局 医務課 課長補佐 江原 真喜氏
(前) 医薬食品局 審査管理課 医療機器審査管理室 室長補佐
医政局 研究開発振興課 治験推進室 治験推進指導官 後澤 乃扶子氏
保険局 総務課 課長補佐 尾崎 守正氏
(前) 保険局 医療課 課長補佐

研究会Review 14

<No.543>

BRICs諸国の医療・薬価制度の概要とその最新動向
~ロシア・中国・インドを中心にも~
オフィス・メディアサイザー代表
中小企業診断士 松原 喜代吉氏

レポート 29

問題設定の難しさ
医療経済研究機構 研究部長 (慶應義塾大学総合政策学部教授) 印南 一郎

新興国紹介レポート 33

ロシア連邦の医療 (3)
医療経済研究機構 専務理事 阿部 陽二

「法人会員用行政資料」掲載資料一覧 43

お知らせ 44

特定健診制度 (その1)
~予防施策の一丁目1番地としての検証

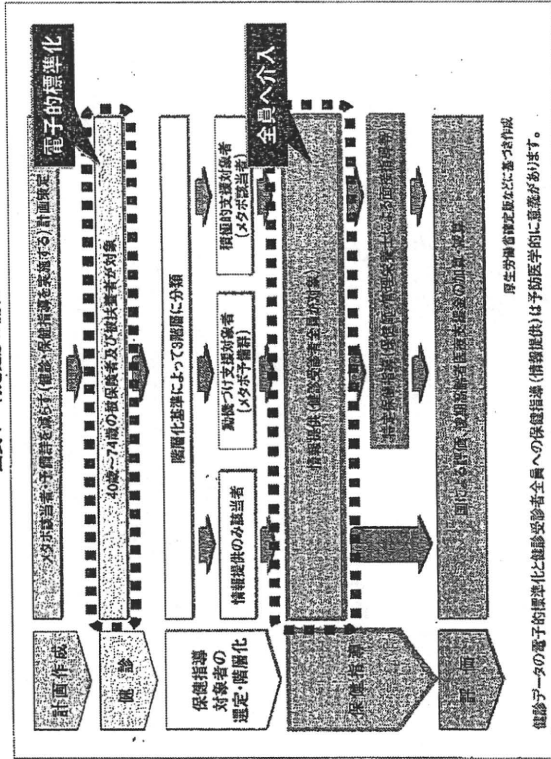
東京大学医学部附属病院
ヘルスケア・コミッティ株式会社
古井 祐司 氏

【一丁目1番地】は、「はじめに取り組みむべき重要なこと」といった意味で行政用語として使われることが多いそうです。それでは、特定健診制度は予防施策の一丁目1番地でしょうか。一丁目1番地として評価されるのは、効果が見えやすくなったとき、そして全国に普及したとき、要するに誰もがその意義を認めている状況になったときではないかと思えます。2008年度の制度導入から二年間の保健事業の進展

を踏まえて、その1、その2では事業効果の視点から、その3では普及の視点から検証します。

1 予防医学からみた2つの意義
特定健診制度は予防医学の視点からみると、他診アータの電子標準化を図ったこと、健診受診者全員に保健指導 (情報提供) という網をかけたこと、という2つの大きな意義を持ちます (図表1)。

図表1 特定健診の流れ



厚生労働省論文などに基づき作成
健診アータの電子標準化に健診受診者全員への保健指導 (情報提供) は予防医学的に意義が異なります。

血圧の高い肥満者を目的にしたとき、保健師や管理栄養士は「朝食は控えましょう」、「一日一万歩ですよ」といった定型的な指導をしがちだという批判がありましたが、これは従来、被保険者個々がご数年どの程度の血圧だったかを捉える仕組みがなかったことが背景にあります。たとえば、昨年の上の血圧が120mmHgだったひとりが、今年150mmHgに急上昇したことがあった場合には、直ちに医師の診察を受けるよう勧め、マラソンなどは控えるようという配慮が出来ます。また、ここ数年、服薬量としており150mmHgが継続しているひとであれば、職場や通勤時に階段を使うことを提案して、多少下半身に負担をかけながら降圧効果を高める状況に役立てていくことが考えられます。このように、特定健診制度下では毎年の検査値や生活習慣が医療保険者に電子データとして蓄積されることから、経年の状況を把握した上でより効果的な指導につながるられます。

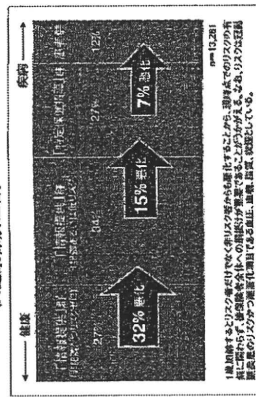
近年、日本人の死因の1位であるがんの死亡率は50代、60代といった同年代と比較すると既に減少傾向に転じています。胃がんは罹患率も減少しています。一方、国民健康・栄養調査など種々のアンケートから、糖尿病や高血圧など生活習慣病の患者数および予備群は増え続けていることが示されています。A健康保険組合において、2008年度から2009年度の被保険者の健康状況の推移をみると、「特定保健指導」群の7%が患者群に移行してしまいました(図表2)。また、「情報提供」群をリスクゼロと、肥満あるいは低リスクに分けると、リスクゼロから肥満あるいは低リスクには32%、肥満あるいは低リスクから「特定保健指導」群には15%が悪化しています。この状況から、現時点でのリスクの有無に関わらず、被保険者全体への保健事業の細掛けが重要であることがうかがえます。

2 重症疾患の発生を防止する取り組みがはじまった
心筋梗塞や脳梗塞といった重症疾患の発生は、高額医療費の発生という観点で医療保険者に大きなインパクトがあります。また、その発生者が一年間にどのような健康状況であったかという分析は、予防策を検討する上で重要です。

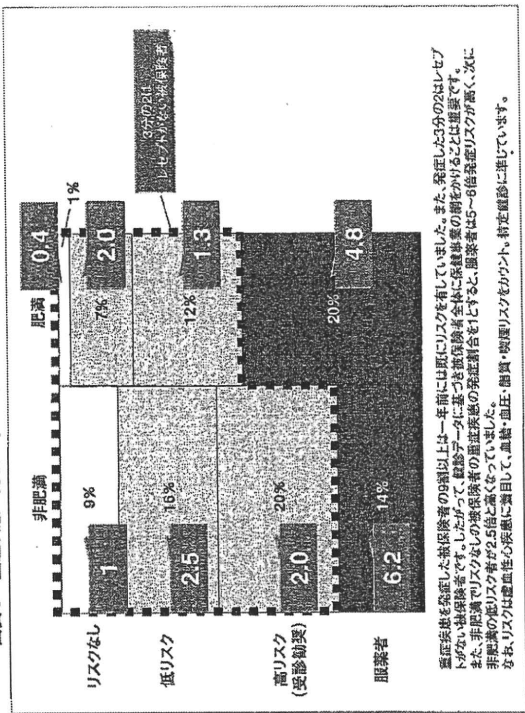
被保険者数が約9,000人のB健康組合では、年間20~30名の重症疾患の発生があります。そこで、発症者の一年前の健康状況を「健康分布」に落とし込みました(図表3)。その結果、発症する一年前には太ってはいないし、リスクもまったくなかった被保険者は9%にすぎないことがわかりました。要するに、9割以上のひとは既に何らかのリスクを持っていたけれど、本人も周囲もそれほど気にしていない、あるいは認識していなかった、ということが考えられます。また、発症者の3分の2は生活習慣病でのリスクは存在していない状況であることから、リスク者の多くは健康データをみないと捕捉できないことがわかります。

さらに、非肥満でリスクなしの被保険者の重症疾患の発生割合を1とすると、服薬者は肥満で4.8倍、非肥満で6.2倍と発症リスクが高くなり、服薬者に対する働きかけの重要性がうかがえます。次いで、非肥満の低リスク者の発症リスクは2.5倍と高くなり、非肥満のほうが高リスクが高くなっています。これは、メタボリックシンドローム対策をはじめ肥満対策が浸透してきたことや、非肥満者も周囲も意識することが多い一方で、非肥満者も多少リスクがあっても放置されがちであることが背景として考えられます。

図表2 未介入時の一年間での健康状況の悪化 (A健康保険組合)



図表3 重症疾患の発生一年前の健康状況および発症リスク (B健康組合)



重症疾患を発症した被保険者の9割以上は一年前には既にリスクを有していました。また、発症した3分の2はレゼプトが主たる治療薬です。したがって、総データに基づき被保険者全体に保健事業の関わりかけを推奨することです。また、非肥満でリスクなしの被保険者の重症疾患の発生割合を1とすると、服薬者は5~6倍発症リスクが高くなり、肥満の発症リスクが2.5倍と高くなっています。また、非肥満の発症リスクは2.5倍と高くなり、非肥満のほうが高リスクが高くなっています。これは、メタボリックシンドローム対策をはじめ肥満対策が浸透してきたことや、非肥満者も周囲も意識することが多い一方で、非肥満者も多少リスクがあっても放置されがちであることが背景として考えられます。

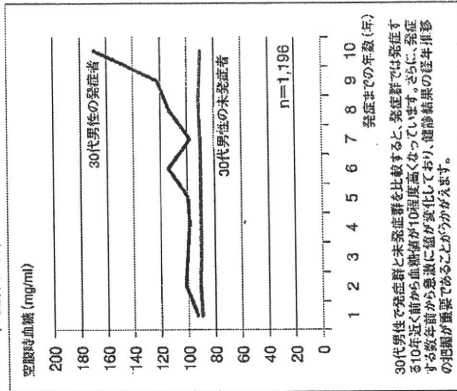
ここで、発症者・未発症者の空腹時血糖値の推移を10年間でみると、30代男性の発症者と未発症者を比較すると、発症群では発症する10年近く前から血糖値が10程度高くなっていきます(図表4)。さらに、発症する数年前から急激に値が変化していることがわかります。

以上のことから、発症を防止するためには、健診結果を断面で捉えるだけでなく、経年推移を把握することが大切です。特に、非肥満では絶対値がそれほど高くないにもかかわらず、経年での変化が大きくなった場合には注意が必要です。したがって、健診受診後には受診者全員に対して、健診結果を経年推移を含めて丁寧に表示し、本人の理解を徹底することが重要になります。

3 特定健診後の「情報提供」による効果

ポピュレーションアプローチの目的は、個々の意識・行動を1cmでも良い方向に導き、健康状況を維持するための地道なしをすることです。特定健診

図表4 発症者・未発症者の空腹時血糖値の推移 (C健康組合)



30代男性で発症群と未発症群を比較すると、発症群では発症する10年近く前から血糖値が10程度高くなっていきます。さらに、発症する数年前から急激に値が変化しており、健診結果の経年推移の把握が重要であることがわかります。

制度下では、健診受診者に対する「情報提供」サービ...

「情報提供」という働きかけをすることを意識の大...

A判定、B判定といった医学的な結果を示す健診...

配し、生活習慣病の重大性を強く印象づけます。生...

図表5 「情報提供」プログラム



が見当たらない女性には乳がんなどを年齢に応じた健...

それでは、「情報提供」を実施したことによる効...

図表6は「健診分布」上で被保険者のリスク別に、...

プログラムへ参加する意向はありませんでしたが、「...

このように、リスクに応じた働きかけをすることに...

次月は、「特定保健指導」は効果があったのかを...

図表6 「情報提供」による意識変容効果

